

Dati del candidato☐ Ospedale ☐ Casa anziani

Cognome

Nome

Data di nascita

Professione esercitata

Candidato alla funzione di

% occupazione

Anamnesi personale remota

Problemi di salute significativi (indicare l'anno di comparsa e le conseguenti limitazioni)

Infortuni (indicare la causa, la data dell'evento e le conseguenti limitazioni)

Anamnesi personale recente

Malattie in corso (indicare la data di insorgenza, sintomatologia e terapia in atto)

Infortuni in corso (indicare la data dell'evento, sintomatologia e terapia in atto)

Interventi chirurgici previsti (indicare la data dell'intervento e la prevista convalescenza)

Gravidanza in corso

Fumo

Stupefacenti

Alcoolici

Medicinali

FC

PA

Peso Kg

Altezza cm

Esame obiettivo

- | | |
|---|---|
| ☐ Apparato tegumentario | ☐ Sistema scheletrico |
| ☐ Sistema muscolare | ☐ Sistema nervoso |
| ☐ Apparato urinario | ☐ Apparato cardiovascolare |
| ☐ Apparato respiratorio | ☐ Apparato digerente |
| ☐ Apparato genitale | ☐ Apparato endocrino |
| ☐ Apparato organi di senso | ☐ Sistema linfatico |

Vaccinazioni (Allegare fotocopia libretto vaccinazioni)

Requisito per l'assunzione è garantire il quadro vaccinale aggiornato agli ultimi 6 mesi*

Vaccinazione epatite B*:	☐ SI ☐ NO	anno	
Vaccinazione poliomielite:	☐ SI ☐ NO	anno	
Vaccinazione difterite/tetano*:	☐ SI ☐ NO	anno ultimo richiamo	

Nel caso in cui la persona non sia vaccinata indicarne i motivi:**Obbligo di far pervenire i seguenti risultati:** (In caso di analisi in corso, indicare data del prelievo)

Sierologia per epatite B (anti HBs)	☐ Documento allegato	Data del prelievo	
Determinazione Quantiferon	☐ Documento allegato	Data del prelievo	

➔ **Ritiene il/la candidato/a idoneo/a all'impiego previsto?** ☐ SI ☐ NO **Obbligo di compilazione**➔ **Vi sono ragioni mediche che impediscono al candidato di svolgere l'attività lavorativa nelle ore notturne?** ☐ SI ☐ NO➔ **Vi sono ragioni mediche che potrebbero determinare frequenti e/o prolungate assenze dal lavoro?****Medico certificatore**

Cognome		Nome	
Indirizzo			
Tel. Studio		E-mail	

Certifico di aver visitato in data odierna il/la candidato/a e di aver risposto alle domande in modo esatto e coscienzioso.

Luogo, data Timbro e firma del medico